BUENA VIDA

Suplemento de salud de Página/12

Año I - N° 12 - Viernes 10 de setiembre de 1993

Ardiente impaciencia

EL NIÑO HIPERACTIVO CON PROBLEMAS DE ATENCION

Son capaces de poner a cualquier madre al borde del ataque de nervios. Son los primeros en despertarse, no paran un minuto, y tienen un rendimiento escolar inferior al que se podría esperar conforme con su nivel de inteligencia. Durante años se pensó que no eran más que niños malcriados. Hoy se sabe que es un trastorno específico que en la Argentina afecta a uno de cada veinte chicos.

*Por Claudio Michanie**

El síndrome del niño hiperactivo y con dificultades de atención, cuya denominación diagnóstica actual es "Déficit de Atención con Hiperactividad" es uno de los problemas más comunes de la infancia, siendo responsable de aproximadamente el 30 por ciento de las consultas a los servicios de psicopatología infanto-juvenil de otros países como Estados Unidos y Canadá. Se calcula que hasta la fecha se han escrito alrededor de 4000 trabajos científicos sobre el tema en el mundo.

En la Argentina éste es un diagnóstico llamativamente muy poco tenido en cuenta, quizá debido más al escaso desarrollo local de la psiquiatría infantil que a la ausencia de pacientes que padecen este trastorno, ya que las cifras que resultaron del primer estudio de prevalencia realizado sobre población escolar (con la colaboración del Hospital Francés y la Dirección Nacional de Sanidad Escolar) han sido comparativamente similares a las de otros países, esto es, alrededor del 5 por ciento de la población (1 de cada 20 chicos) padece este trastorno.

Estos niños tienen un rendimiento académico inferior al esperable por su nivel de inteligencia, debido a sus dificultades atencionales, lo que explica que el porcentaje de repetición de grados en estos casos se ubique alrededor del 35 por ciento.

Por otra parte su hiperactividad e impulsividad los pone en riesgo de sufrir accidentes (el doble que la población que no padece el trastorno), y de generar rechazo en las personas con las que interactúan, lo que suele derivar en problemas de conducta más o menos severos.

El hecho de que, en nuestro país, la mayoría de estos niños no sean diagnosticados adecuadamente hace que tampoco reciban los tratamientos que corresponden, o los reciban sólo parcialmente con la consiguiente falta de eficacia y el desánimo que esto genera en el niño y su familia.

Si bien hasta hoy no se ha encontrado una cura para este problema, existen actualmente medidas muy eficaces para ayudar al niño a compensar sus dificultades, de manera de poder mejorar su rendimiento y lograr una vida menos estresante y más plena.

Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y en otros países pertenecientes a diferentes culturas como Alemania o Puerto Rico han demostrado que alrededor del 5 por ciento de la población infantil se ve afectada por este trastorno, esto es 1 de cada 20 niños, de los cuales la mayoría son varones. Este problema no está relacionado con el nivel de inteligencia del niño, que puede ser normal, bajo, o excepcionalmente alto.

Cabe aclarar que en la Argentina estas cifras parecen ser similares, tal como lo ha demostrado un estudio llevado a cabo el año pasado, sobre 2500 alumnos de escuelas primarias de esta capital, con la colaboración del Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés y la Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

Las primeras descripciones de este trastorno datan de principio de siglo, y a través del tiempo han ido recibiendo distintas denominaciones: Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, hasta el actual Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAc/H).

Los niños que padecen este trastorno presentan típicamente tres características: dificultades para mantener su atención, impulsividad e hiperactividad. A su vez, estos rasgos tienen que estar presentes desde antes de los 7 años de edad y en una proporción mayor a la que sería esperable para la edad del niño; por ejemplo, no sería razonable pretender que un niño de 3 años permanezca sentado tranquilo durante 20 minutos, lo que es en cambio perfectamente esperable para un niño de 8 años.

Cabe aclarar que este trastorno puede manifestarse en forma parcial como déficit de atención sin hiperactividad, siendo ésta mucho menos frecuente que la anterior.

** El doctor Claudio Michanie es médico psiquiatra, director del Centro de Estudio de las Dificultades de Aprendizaje y Conducta (CEDAC) y coordinador de los proyectos de investigación sobre Déficit de atención con hiperactividad del Hospital Francés.*



¿Cómo se presentan estas tres características en la vida cotidiana?

En cuanto al *déficit de atención* los padres de estos niños comentan que su hijo es disperso, que parece no escuchar lo que se le dice, que hay que estar a su lado para que haga la tarea escolar, que suele traer incompletas las tareas, que pierde muchos útiles y que se distrae fácilmente.

Debido a la *impulsividad* es que estos niños parecen ser muy atropellados, impacientes, les cuesta esperar turno en los juegos o situaciones grupales, siempre quieren ser centro, suelen interrumpir a otros y a veces se ponen en situaciones de riesgo por no pensar antes de actuar, por otra parte su humor es muy cambiante.

En relación a la *hiperactividad* los padres dicen que el niño es muy inquieto, nervioso o movedizo, que es inagotable, habla mucho, está siempre de aquí para allá, es el primero que se levanta de la mesa y generalmente el primero en despertarse, aun los sábados y domingos.

Es importante destacar que todas estas características no están presentes en todo momento, suelen disminuir en intensidad frente a situaciones novedosas o altamente motivantes (por ejemplo, jugando videojuegos), o cuando recibe atención exclusiva.

Esto suele provocar confusión y perplejidad en padres y maestros, quienes concluyen que el chico es "vago" o "malcriado", y muchas veces en los mismos profesionales, quienes luego de observar al niño en el consultorio, y no verlo francamente hiperactivo, concluyen erróneamente que la madre exagera y que este problema no existe, o que es una etapa que ya va a superar con el tiempo, o bien que se debe a un conflicto emocional del niño, o peor aún que son los padres los causantes del problema, porque son "muy condescendientes" y no le ponen límites o porque son "demasiado exigentes", lo que a la luz de las investigaciones de los últimos 15 años constituye un error.

Problemas asociados

Es frecuente encontrar más problemas de conducta en estos niños que en los que no tienen déficit de atención con hiperactividad, así como también más problemas emocionales, inestabilidad afectiva, y en los mayores de 9 o 10 años problemas con su autoestima.

Por otra parte, su tendencia a actuar antes de pensar (impulsividad) así como sus problemas de atención contribuyen a que estos niños sean más propensos a tener accidentes que los no hiperactivos.

Debido a las características antes mencionadas el rendimiento escolar es menor al que se podría esperar por el nivel de inteligencia del niño, aunque en ocasiones esto se complica debido a la coexistencia de problemas de aprendizaje específicos (en la lectoescritura o en el cálculo matemático). En cuanto al rendimiento deportivo, en muchos casos se ve disminuido por las dificultades atencionales y en ocasiones debido a la existencia de dificultades más o menos evidentes en la coordinación motriz.

Las causas

Si bien no se ha llegado a determinar con precisión cuál es la causa del trastorno, existe una abrumadora evidencia de que el mismo tiene un origen biológico. Las investigaciones sobre la actividad metabólica de distintas zonas el cerebro han evidenciado que los niños y adultos que padecen este trastorno presentan un nivel de actividad menor en la base de la corteza cerebral frontal (esta zona del cerebro está relacionada con el control de los impulsos y el esfuerzo atencional). Hoy por hoy se considera que una disfunción a nivel de la química del cerebro es la responsable de la baja actividad en esa zona de la corteza cerebral y por ende de las características de la conducta de estos niños. Si bien no se sabe a ciencia cierta la causa de esta disfunción química, los estudios realizados sobre familiares directos de estos niños y sobre grupos de hermanos gemelos han demostrado que los factores hereditarios juegan un papel preponderante en la aparición de este trastorno.

Estos niños tienen un rendimiento académico inferior al esperable por su nivel de inteligencia, debido a sus dificultades atencionales, lo que explica que el porcentaje de repetición de grados en estos casos se ubique alrededor del 35 por ciento.

Por otra parte su hiperactividad e impulsividad los pone en riesgo de sufrir accidentes (el doble que la población que no padece el trastorno), y de generar rechazo en las personas con las que interactúan, lo que suele derivar en problemas de conducta más o menos severos.

El hecho de que, en nuestro país, la mayoría de estos niños no sean diagnosticados adecuadamente hace que tampoco reciban los tratamientos que corresponden, o los reciban sólo parcialmente con la consiguiente falta de eficacia y el desánimo que esto genera en el niño y su familia.

Si bien hasta hoy no se ha encontrado una cura para este problema, existen actualmente medidas muy eficaces para ayudar al niño a compensar sus dificultades, de manera de poder mejorar su rendimiento y lograr una vida menos estresante y más plena.

Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y en otros países pertenecientes a diferentes culturas como Alemania o Puerto Rico han demostrado que alrededor del 5 por ciento de la población infantil se ve afectada por este trastorno, esto es 1 de cada 20 niños, de los cuales la mayoría son varones. Este problema no está relacionado con el nivel de inteligencia del niño, que puede ser normal, bajo, o excepcionalmente alto.

Cabe aclarar que en la Argentina estas cifras parecen ser similares, tal como lo ha demostrado un estudio llevado a cabo el año pasado, sobre 2500 alumnos de escuelas primarias de esta capital, con la colaboración del Servicio de Psiquiatría del Hospital Francés y la Dirección Nacional de Sanidad Escolar.

Las primeras descripciones de este trastorno datan de principio de siglo, y a través del tiempo han ido recibiendo distintas denominaciones: Disfunción Cerebral Mínima, Síndrome Hiperkinético, hasta el actual Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAc/H).

Los niños que padecen este trastorno presentan típicamente tres características: dificultades para mantener su atención, impulsividad e hiperactividad. A su vez, estos rasgos tienen que estar presentes desde antes de los 7 años de edad y en una proporción mayor a la que sería esperable para la edad del niño; por ejemplo, no sería razonable pretender que un niño de 3 años permanezca sentado tranquilo durante 20 minutos, lo que es en cambio perfectamente esperable para un niño de 8 años.

Cabe aclarar que este trastorno puede manifestarse en forma parcial como déficit de atención sin hiperactividad, siendo ésta mucho menos frecuente que la anterior.

** El doctor Claudio Michanie es médico psiquiatra, director del Centro de Estudio de las Dificultades de Aprendizaje y Conducta (CEDAC) y coordinador de los proyectos de investigación sobre Déficit de atención con hiperactividad del Hospital Francés.*



¿Cómo se presentan estas tres características en la vida cotidiana?

En cuanto al *déficit de atención* los padres de estos niños comentan que su hijo es disperso, que parece no escuchar lo que se le dice, que hay que estar a su lado para que haga la tarea escolar, que suele traer incompletas las tareas, que pierde muchos útiles y que se distrae fácilmente.

Debido a la *impulsividad* es que estos niños parecen ser muy atropellados, impacientes, les cuesta esperar turno en los juegos o situaciones grupales, siempre quieren ser centro, suelen interrumpir a otros y a veces se ponen en situaciones de riesgo por no pensar antes de actuar, por otra parte su humor es muy cambiante.

En relación a la *hiperactividad* los padres dicen que el niño es muy inquieto, nervioso o movedizo, que es inagotable, habla mucho, está siempre de aquí para allá, es el primero que se levanta de la mesa y generalmente el primero en despertarse, aun los sábados y domingos.

Es importante destacar que todas estas características no están presentes en todo momento, suelen disminuir en intensidad frente a situaciones novedosas o altamente motivantes (por ejemplo, jugando videojuegos), o cuando recibe atención exclusiva.

Esto suele provocar confusión y perplejidad en padres y maestros, quienes concluyen que el chico es "vago" o "malcriado", y muchas veces en los mismos profesionales, quienes luego de observar al niño en el consultorio, y no verlo francamente hiperactivo, concluyen erróneamente que la madre exagera y que este problema no existe, o que es una etapa que ya va a superar con el tiempo, o bien que se debe a un conflicto emocional del niño, o peor aún que son los padres los causantes del problema, porque son "muy condescendientes" y no le ponen límites o porque son "demasiado exigentes", lo que a la luz de las investigaciones de los últimos 15 años constituye un error.

Problemas asociados

Es frecuente encontrar más problemas de conducta en estos niños que en los que no tienen déficit de atención con hiperactividad, así como también más problemas emocionales, inestabilidad afectiva, y en los mayores de 9 o 10 años problemas con su autoestima.

Por otra parte, su tendencia a actuar antes de pensar (impulsividad) así como sus problemas de atención contribuyen a que estos niños sean más propensos a tener accidentes que los no hiperactivos.

Debido a las características antes mencionadas el rendimiento escolar es menor al que se podría esperar por el nivel de inteligencia del niño, aunque en ocasiones esto se complica debido a la coexistencia de problemas de aprendizaje específicos (en la lectoescritura o en el cálculo matemático). En cuanto al rendimiento deportivo, en muchos casos se ve disminuido por las dificultades atencionales y en ocasiones debido a la existencia de dificultades más o menos evidentes en la coordinación motriz.

Las causas

Si bien no se ha llegado a determinar con precisión cuál es la causa del trastorno, existe una abrumadora evidencia de que el mismo tiene un origen biológico. Las investigaciones sobre la actividad metabólica de distintas zonas el cerebro han evidenciado que los niños y adultos que padecen este trastorno presentan un nivel de actividad menor en la base de la corteza cerebral frontal (esta zona del cerebro está relacionada con el control de los impulsos y el esfuerzo atencional). Hoy por hoy se considera que una disfunción a nivel de la química del cerebro es la responsable de la baja actividad en esa zona de la corteza cerebral y por ende de las características de la conducta de estos niños. Si bien no se sabe a ciencia cierta la causa de esta disfunción química, los estudios realizados sobre familiares directos de estos niños y sobre grupos de hermanos gemelos han demostrado que los factores hereditarios juegan un papel preponderante en la aparición de este trastorno.

¿Qué papel juegan los factores psicológicos?

Las investigaciones realizadas hasta la fecha demuestran que ni las ténicas de crianza ni los conflictos emocionales del niño o de sus padres son responsables de la causa del déficit de atención con hiperactividad, el cual tiene una base claramente biológica y no psicológica. Pero esto no significa que los factores psicosociales deban desestimarse ya que los mismos son responsables de los problemas afectivos y de conducta frecuentemente asociados al trastorno. Por otra parte un niño es mucho más que una serie de conductas que se requieren para arribar a un diagnóstico, y la manera en que se sienta aceptado o rechazado, estimulado o criticado va a determinar en forma crucial su calidad de vida y sus posibilidades de desarrollar habilidades que le permitan compensar sus problemas atencionales y lograr un mayor autocontrol sobre su conducta.

¿Qué sucede cuando el niño crece?

Años atrás se creía que este problema se superaba espontáneamente en la adolescencia, hoy en día en cambio, tomando en cuenta los datos surgidos de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes en Estados Unidos y Canadá, se sabe que lo que suele disminuir es solamente la hiperactividad, ya que los otros componentes, como la impulsividad y las dificultades para mantener la atención, permanecen en el 60 por ciento de los casos a lo largo de la vida adulta.

La adolescencia de estos niños suele ser más tumultuosa debido a los problemas de conducta y al bajo rendimiento académico, que frecuentemente se asocian al déficit de atención con hiperactividad.

En la vida adulta estos pacientes refieren tener muchos problemas interpersonales, inestabilidad laboral y afectiva, con una muy baja tolerancia al estrés debido a los cambios frecuentes en sus estados de ánimo, a su tendencia a perder el control fácilmente y a las dificultades que tienen para organizarse.

Por todo esto es que es importante la detección precoz de este problema en la infancia, a través de una minuciosa evaluación diagnóstica cuando se sospecha de la existencia del mismo, ya que el tratamiento temprano puede evitar los severos problemas de adaptación que este trastorno muchas veces trae aparejados.

¿Qué se puede hacer para ayudarlo?

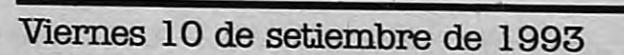
Si bien hasta hoy no se ha encontrado una cura para este problema, existen actualmente medidas muy eficaces para ayudar al niño a compensar sus dificultades, de manera de poder mejorar su rendimiento y lograr una vida menos estresante y más plena.

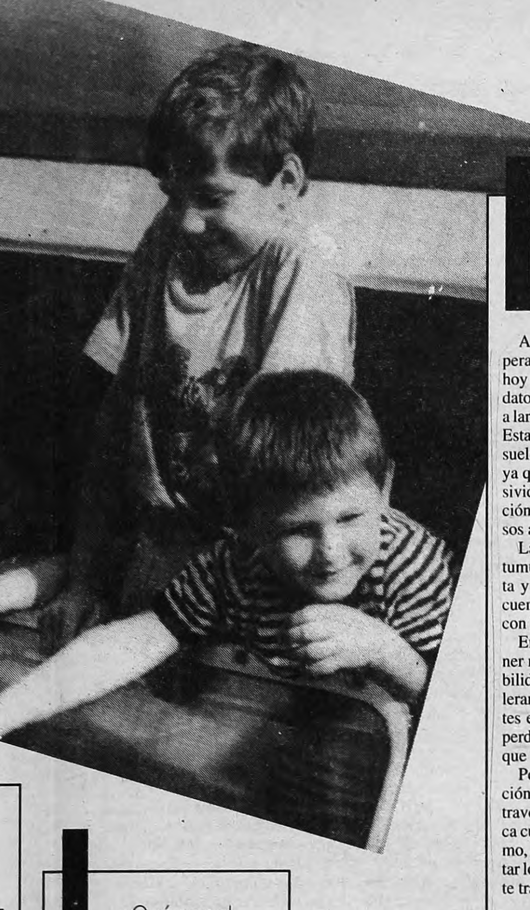
El tratamiento que se recomienda en la actualidad, basado en las investigaciones de los últimos 10 años llevadas a cabo principalmente en Estados Unidos y Canadá, consiste en la combinación de: entrenamiento de los padres en habilidades específicas para el manejo del niño, entrenamiento de los maestros en el manejo de estos niños en la clase, trabajo con el niño focalizado en el desarrollo de habilidades compensatorias que le permitan aumentar su autoestima y, cuando es necesario, luego de una cuidadosa evaluación, puede administrarse medicación (de tipo estimulante de la atención).

Debido a que el 35 por ciento de los niños con déficit de atención con o sin hiperactividad tiene problemas específicos de aprendizaje (en lectoescritura o aritmética) y aproximadamente entre el 20 por ciento y el 40 por ciento tiene trastornos del lenguaje expresivo (dislalias) suele ser necesario en estos casos agregar tratamientos de tipo psicopedagógico o foniátrico

Los tratamientos que no han demostrado eficacia son los dietéticos (suprimir el azúcar de la dieta), los megavitamínicos y las psicoterapias individuales prolongadas.

En cuanto al abordaje farmacológico, muy utilizado desde hace décadas en otros países, actualmente se desaconseja indicar la medicación estimulante de la atención como único tratamiento, ya que si bien constituye una terapéutica eficaz en el corto plazo, los estudios de seguimiento de grandes grupos de pacientes a lo largo de más de 15 años han demostrado que la administración solamente de medicación no modifica el pronóstico de estos niños.





¿Qué sucede cuando el niño crece?

Años atrás se creía que este problema se superaba espontáneamente en la adolescencia, hoy en día en cambio, tomando en cuenta los datos surgidos de los estudios de seguimiento a largo plazo de grandes grupos de pacientes en Estados Unidos y Canadá, se sabe que lo que suele disminuir es solamente la hiperactividad, ya que los otros componentes, como la impulsividad y las dificultades para mantener la atención, permanecen en el 60 por ciento de los casos a lo largo de la vida adulta.

La adolescencia de estos niños suele ser más tumultuosa debido a los problemas de conducta y al bajo rendimiento académico, que frecuentemente se asocian al déficit de atención con hiperactividad.

En la vida adulta estos pacientes refieren tener muchos problemas interpersonales, inestabilidad laboral y afectiva, con una muy baja tolerancia al estrés debido a los cambios frecuentes en sus estados de ánimo, a su tendencia a perder el control fácilmente y a las dificultades que tienen para organizarse.

Por todo esto es que es importante la detección precoz de este problema en la infancia, a través de una minuciosa evaluación diagnóstica cuando se sospecha de la existencia del mismo, ya que el tratamiento temprano puede evitar los severos problemas de adaptación que este trastorno muchas veces trae aparejados.

¿Qué se puede hacer para ayudarlo?

Si bien hasta hoy no se ha encontrado una cura para este problema, existen actualmente medidas muy eficaces para ayudar al niño a compensar sus dificultades, de manera de poder mejorar su rendimiento y lograr una vida menos estresante y más plena.

El tratamiento que se recomienda en la actualidad, basado en las investigaciones de los últimos 10 años llevadas a cabo principalmente en Estados Unidos y Canadá, consiste en la combinación de: entrenamiento de los padres en habilidades específicas para el manejo del niño, entrenamiento de los maestros en el manejo de estos niños en la clase, trabajo con el niño focalizado en el desarrollo de habilidades compensatorias que le permitan aumentar su autoestima y, cuando es necesario, luego de una cuidadosa evaluación, puede administrarse medicación (de tipo estimulante de la atención).

Debido a que el 35 por ciento de los niños con déficit de atención con o sin hiperactividad tiene problemas específicos de aprendizaje (en lectoescritura o aritmética) y aproximadamente entre el 20 por ciento y el 40 por ciento tiene trastornos del lenguaje expresivo (dislalias) suele ser necesario en estos casos agregar tratamientos de tipo psicopedagógico o foniátrico

Los tratamientos que no han demostrado eficacia son los dietéticos (suprimir el azúcar de la dieta), los megavitamínicos y las psicoterapias individuales prolongadas.

En cuanto al abordaje farmacológico, muy utilizado desde hace décadas en otros países, actualmente se desaconseja indicar la medicación estimulante de la atención como único tratamiento, ya que si bien constituye una terapéutica eficaz en el corto plazo, los estudios de seguimiento de grandes grupos de pacientes a lo largo de más de 15 años han demostrado que la administración solamente de medicación no modifica el pronóstico de estos niños.

¿Qué papel juegan los factores psicológicos?

Las investigaciones realizadas hasta la fecha demuestran que ni las ténicas de crianza ni los conflictos emocionales del niño o de sus padres son responsables de la causa del déficit de atención con hiperactividad, el cual tiene una base claramente biológica y no psicológica. Pero esto no significa que los factores psicosociales deban desestimarse ya que los mismos son responsables de los problemas afectivos y de conducta frecuentemente asociados al trastorno. Por otra parte un niño es mucho más que una serie de conductas que se requieren para arribar a un diagnóstico, y la manera en que se sienta aceptado o rechazado, estimulado o criticado va a determinar en forma crucial su calidad de vida y sus posibilidades de desarrollar habilidades que le permitan compensar sus problemas atencionales y lograr un mayor autocontrol sobre su conducta.



¿Cuándo declarar a una persona como muerta? ¿Cuándo sacarle el respirador artificial o extraer sus órganos para transplante? Estas son algunas de las preguntas que se plantearon especialistas argentinos y extranjeros en un encuentro realizado en la Academia Nacional de Medicina. El debate, con todas sus connotaciones éticas y religiosas, aún no está saldado.

PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA

Línea mortal

Por Alejandra Folgarait

La polémica sobre la difusa barrera que separá la muerte de la vida en pacientes internados en terapia intensiva y sus consecuencias sobre la decisión de quitar respiradores artificiales o extraer órganos para transplante fueron debatidas recientemente en un encuentro de especialistas argentinos y extranjeros que se llevó a cabo en la Academia Nacional de Medicina. La posición del británico Christopher Pallis de declarar a un individuo muerto cuando su tronco encefálico tiene una lesión irreversible aunque el corazón siga latiendo fue alentada por los neurólogos de la Fundación Alfredo Thompson, que organizó el simposio como forma de presionar para incorporar este criterio al Código Civil argentino.

Cuando una persona se encuentra conectada a un respirador artificial porque una lesión del tejido del tronco que sostiene los hemisferios cerebrales destruye los mecanismos de la respiración espontánea, también pierde la capacidad de volver a tener conciencia. Sin embargo, lo que constituye a todas luces la muerte para Pallis y muchos neurólogos de todo el mundo no recibe la misma consideración por las leyes vigentes en la Argentina. Sólo si se autoriza la ablación de un órgano los médicos tienen permiso para desconectar el respirador artificial del individuo. "Sin embargo, para nosotros es un muerto con o sin respirador, porque tiene el tronco encefálico dañado", afirmó Carlos Mestman, jefe de Neurología del Hospital Francés y uno de los partidarios de la teoría de Pallis.

No es lo mismo esta lesión del tallo encefálico que un estado de coma o un estado vegetativo persistente, como el que ató a una cama durante años a Karen Quinlan. El coma es una alteración de la conciencia en distintos grados, que puede producirse por un tumor, intoxicaciones o lesiones y que puede ser reversible. En cuanto al estado vegetativo, se genera por una lesión en partes del cerebro –por ejemplo, la corteza– pero el tallo cerebral sigue intacto. "El paciente está vivo, porque respira espontáneamente. Que sea o no humanitario mantenerlo con vida es otra cuestión", dice terminante Mestman.

El científico británico, quien logró imponer su criterio en todos los hospitales de su país, recurrió a fotos de decapitados o de recién nacidos sin cerebro para mostrar la diferencia entre la muerte y la vida. Mientras la cabeza –incluido el tronco encefálico– de María Antonieta rodaban por el suelo francés, su corazón seguía latiendo. "Pero estaba muerta", aseguró Pallis. En cambio, un niño que nace sin la mitad superior de su encéfalo está, a su criterio, vivo y no justifica negarle asistencia médica.

Desde 1975, Pallis intenta convencer a colegas médicos y a legisladores de que la muerte debe ser definida con parámetros neurológicos y no cardíacos. "Existen pruebas muy seguras para determinar si un individuo tiene el tallo cerebral lesionado de forma irreversible. Es inútil mantenerlo con un respirador, porque terminará haciendo un paro cardíaco definitivo a los 3 o 10 días", subrayó. En cambio, un diagnóstico temprano de la muerte encefálica permite que se extraigan los órganos para hacer transplantes sin que sufran daños. "Por otra parte, no se somete a los familiares a la pena de visitar a un muerto durante días en terapia intensiva", añadió el neurólogo del Hospital Francés.

"Para decidir si una persona está muerta hay que tener un concepto filosófico de lo que es la muerte. Yo creo que es la pérdida de la capacidad de tener conciencia –no la pérdida de sus contenidos– y de la capacidad para respirar espontáneamente. Y éstas son consecuencias de una lesión irreversible del tallo cerebral, no causada por sustancias tóxicas sino por una destrucción del tejido", sostuvo el anciano profesor de la Real Escuela de Medicina de Posgrado de Gran Bretaña. El debate, cargado de connotaciones éticas y religiosas, promete continuar en la Argentina.

AGENDA

CIRUGIA PLASTICA: **Entre el 31 de octubre y el 4 de noviembre próximo, se llevará a cabo el XXIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica, que organiza la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, presidido por el doctor Osvaldo D. Orduna. Los temas centrales del encuentro que tendrá lugar en el Alvear Palace Hotel de Buenos Aires, son "fisuras labioalveolo-palatina" y "mastoplastias reductivas". El programa científico incluye simposios, mesas redondas y conferencias sobre los siguientes temas: cirugía del contorno corporal, inclusiones mamarias, liposucción, rejuvenecimiento facial, rinoplastias, colgajos, alopecias, cirugía cráneo-máxilo-facial, cirugía de la mano, expansión tisular, otoplastia, parálisis facial, reconstrucción génito-urinaria, reimplantes de miembros y melanoma. Se desarrollarán, además, cursos intensivos de actualización, con la participación de invitados extranjeros. También habrá sesiones para la presentación de temas libres: en la misma sede del congreso funcionará una exhibición comercial en la que presentarán sus productos las empresas más representativas relacionadas con el área de la cirugía plástica. Para informes e inscripciones, dirigirse a Congresos Internacionales S.A., ubicada en Moreno 584, piso 9. Los teléfonos son: 342-3216/3408/3283. El número de fax es (54-1) 331-0223.**

MAMOGRAFIA: **Organizados por el Instituto de Diagnóstico Mamario, se relizarán los cursos de Mamografía y Ecografía Mamaria 1993. La dirección está a cargo de los doctores Graciela Esperanza de Beltrami y Alfredo Danishewsky y las clases se dictarán los jueves 7, 14, 21 y 28 de octubre de 19.30 a 21.30, en el Salón del Círculo Universitario de Avellaneda, Belgrano 755, en la mencionada localidad. El arancel es de 50 pesos y la inscripción se realiza en 9 de Julio 282, Avellaneda. Teléfono 204-2646. Fax: 205-0757.**